UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MEDECINE

N° 85

SYPHILIS NERVEUSE

ET

TRAUMATISMES CRANIO-RACHIDIENS

THESE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Février 1920

PAR

Jules REYNAUD

Né à Castellane (Basses-Alpes), le 14 janvier 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, professeur, *Président.*
TEDENAT, professeur.
LEENHARDT, agrégé. } *Assesseurs.*
RIMBAUD, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

SYPHILIS NERVEUSE

ET

TRAUMATISMES CRANIO-RACHIDIENS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE N° 85

SYPHILIS NERVEUSE

ET

TRAUMATISMES CRANIO-RACHIDIENS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Février 1920

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Jules REYNAUD

Né à Castellane (Basses-Alpes), le 14 janvier 1890

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DUCAMP, professeur, *Président.*
TEDENAT, professeur.
LEENHARDT, agrégé. } *Assesseurs.*
RIMBAUD, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA (✲)	ASSESSEUR
	IZARD	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM. TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (O ✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (O ✲)
Physiologie	HEDON (✲).
Histologie	VIALLETON.
Clinique médicale	DUCAMP (✲)
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie	SARDA (✲)
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL (✲)
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (I)
Clinique médicale	RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES (✲).
Anatomie pathologique	MASSABUAU (✲)
Chimie biologique et médicale	DERRIEN (✲).
Microbiologie	N. . .
Pathologie interne	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	VEDEL, profes.-adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O ✲ ✲) a.l. (ch. de c.)
Médecine opératoire	SOUBEYRAN (✲ ✲), a. l. (c. c.)
Pathologie externe	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIÈRE, agrégé.
Accouchements	P. DELMAS, agrégé
Accouchements	DESMONTS. (ch. de c.)
Matière médicale	CABANNES, agrégé.
Microbiologie	LISBONNE, agrégé, (ch. de c.).
Stomatologie	WATON ✲ (✲) docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲)	P. DELMAS.	LISBONNE
LEENHARDT.	RUZIÈRE.	PECH ✲ (ch. d'agr.).
GAUSSEL (✲ ✲).	J. DELMAS (✲).	
RICHE	RIMBAUD ✲	

Examinateurs de la thèse

MM. DUCAMP, professeur, *président.*	MM. LEENHARDT, agrégé.
TEDENAT, professeur	RIMBAUD, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

En humble témoignage de ma profonde tendresse

A MA SŒUR

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

MORTS POUR LA FRANCE

J. REYNAUD.

A la Mémoire de Monsieur le Professeur CARRIEU

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCAMP

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON JURY DE THÈSE

J. REYNAUD.

AVANT-PROPOS

Ce faible travail n'a certes aucune prétention à remercier comme il conviendrait nos Maîtres de la Faculté, de la sollicitude toute bienveillante qu'ils ont employée à nous préparer à l'accomplissement de nos fonctions délicates dans l'exercice de la médecine.

Il a du moins celle de contenir, dans cet avant-propos, un témoignage ardent de gratitude infinie et de sympathie profondément respectueuse à l'endroit de Monsieur le professeur Carrieu, titulaire pendant une longue période de la chaire de clinique médicale à l'Hôpital Suburbain.

Et ce n'est point seulement comme élève anonyme que nous rappelons sa mémoire.

Nous ne ferons que rappeler l'autorité de Monsieur le professeur Carrieu dans l'enseignement de sa spécialité professionnelle, et la particularité de son entendement des choses confuses de la clinique, en dépit desquelles il avait le secret et le talent d'élaborer avec précision un diagnostic formel.

Des louanges officielles ont proclamé éloquemment la reconnaissance de ces titres précieux par nos Maîtres en l'Art médical, et ce prestige lui est incontestablement assuré.

Nous nous faisons un devoir de collaborer à l'édification de son prestige parmi ceux qui, comme nous-même, ont eu

l'heureuse bonne fortune de conjurer le péril d'un pronostic sévère à la faveur de son intervention opportune.

Par intervalles, le souvenir nous apparaît de sa fréquentation quotidienne, assidue, à notre chevet, pendant trois mois passés à la villa Fournier, au cours d'une longue et cruelle maladie, assisté du dévouement inlassable et constant de notre mère chérie.

Et c'est pourquoi, comme prélude à l'inauguration de notre carrière médicale, nous témoignons que le souvenir de sa mémoire, inaltérable, fortifiera en nous la conviction de la grandeur de notre tâche et nous sera le plus précieux réconfort aux heures difficiles.

Nous prions Monsieur le docteur Anglada, ancien chef de clinique médicale, Monsieur le docteur Chauvin, chef de clinique chirurgicale, Monsieur le docteur Marcel Carrieu, chef de clinique médicale d'être bien persuadés que nous les associons à cet hommage de reconnaissance envers leur maître vénéré, dont ils furent, en ces circonstances, les collaborateurs très dévoués et tout bienveillants pour nous.

A Monsieur le professeur Ducamp, titulaire de la chaire de clinique médicale à l'Hôpital Suburbain, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse, et qui nous a accueilli dans son service avec le souci de la plus parfaite affabilité, qui lui est coutumière, nous adressons le témoignage de nos remerciements bien vifs.

Il nous est agréable d'assurer Monsieur le professeur agrégé Euzière, que nous sommes très flatté de la sympathie qu'il nous a toujours témoignée et que nous avons apprécié l'obligeance qu'il nous a prodiguée en nous inspirant le sujet de cette thèse.

SYPHILIS NERVEUSE

ET

TRAUMATISMES CRANIO-RACHIDIENS

INTRODUCTION

Les documents qui ont servi à la soutenance de cette thèse nous ont été procurés par M. le docteur Margarot, chef de clinique des maladies mentales et nerveuses. Ils sont le fruit d'une collaboration étroite avec M. le professeur agrégé Euzière.

Et nous le prions d'être bien persuadé que nous lui sommes très reconnaissant de la complaisance et de la bonne grâce avec lesquelles il les a mis à notre disposition.

Nous l'en remercions bien vivement.

Pour n'avoir pas été l'objet de publications nombreuses, la contribution des traumatismes cranio-rachidiens à l'apparition et à l'évolution des accidents de syphilis nerveuse, n'en présente pas moins l'intérêt d'un éclaircissement ou tout au moins d'une interprétation sur la nature et la pathogénie de phénomènes morbides dont la guerre

a suscité, à profusion, les exemples vivants, par la variété considérable de ses lésions diverses.

A la faveur du traumatisme révélateur, tous les tissus peuvent être atteints : la peau, les os, les muscles, les vaisseaux, et il semble légitime que celui qui, par ses fonctions est le plus délicat à impressionner, et le mieux susceptible d'enregistrer ces troubles, participe à l'atteinte occasionnelle du mal et réagisse à sa provocation.

Cependant, la notion banale, mais peu précise, de l'influence des traumatismes cérébro-spinaux sur le développement de la syphilis nerveuse, n'a pas reçu la vérification que l'on pouvait attendre d'une riche documentation de cinq années de guerre. Les neurologistes n'ont même pas réussi à se mettre d'accord sur la nature étiologique de l'ensemble des causes secondes qui interviennent du fait de l'existence désordonnée du soldat en campagne.

Le problème se complique encore si l'on considère que certains blessés du crâne peuvent présenter, sans intervention du virus syphilitique, des signes considérés jadis comme pathognomoniques d'une atteinte du nevraxe par le tréponème.

Babonneix et David ont montré que la lenteur des réflexes pupillaires, la lymphocytose, l'hyperalbuminose rachidienne, et une forte réaction de la globuline, sont insuffisantes pour permettre de porter le diagnostic de syphilis nerveuse chez ces sujets.

D'autre part, Gougerot et Clara émettent l'opinion suivante : « On pouvait se demander si la guerre augmenterait le nombre des syphilis nerveuses en réalisant un appel par les blessures crâniennes, médullaires, nerveuses, ou en réalisant, par ses fatigues et ses chocs émotifs, des causes occasionnelles. Nous n'avons eu aucun fait qui justifie ces craintes, bien que nous ayons vu tous les malades de cette

sorte de la région. Nous n'avons pas observé de syphilis nerveuses rappelées par un traumatisme de façon manifeste, sauf un cas de céphalée avec lymphocytose chez un syphilitique ayant fait une chute et dont le chancre remontait à deux ans. Mais un cas ne prouve rien et c'était peut-être une coïncidence. Les paralysies générales, les tabes, etc., ne nous ont pas parus plus fréquents, et la plupart étaient observés chez des territoriaux qui n'étaient pas allés dans les tranchées. »

Nous ne pouvons donc prétendre qu'à émettre les deux propositions suivantes, qui sont de simples constatations.

Que, d'une part, il est avéré que le traumatisme a provoqué, dans certains cas indiscutables, l'apparition de troubles méningo-médullaires ou encéphaliques chez des sujets ayant contracté auparavant la syphilis; que, d'autre part, ces quelques cas particuliers peuvent être considérés comme des exceptions.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

C'est une loi générale en pathologie, que tout traumatisme, toute cause d'irritation locale peut provoquer, au point lésé, une manifestation spécifique d'une affection même latente. La tuberculose, le cancer, les maladies infectieuses diverses subissent ainsi des paroxysmes à distance de leur période aiguë, alors que l'imperceptibilité de leur latence pourrait laisser supposer à l'analyse la plus rigoureuse, leur guérison définitive.

Il en est de même en syphiligraphie, et Fournier a décrit, sous le nom de pseudo-chancres indurés, des accidents tertiaires, des gommes qui présentaient tous les caractères objectifs de l'accident initial. Avec Neumann et Tarnowsky il a montré que ces pseudo-chancres indurés se développaient chez les individus en puissance de syphilis, surtout sous l'influence d'irritations prolongées.

C'est ainsi que Lacapère et Laurent interprètent la syphilis du front des islamiques, due au frottement de l'épiderme de cette région sur la natte de la mosquée.

Parmi les causes déterminantes de l'éclosion inattendue de semblables lésions syphilitiques, il faut compter sur la virulence du spirochète incriminé, sur l'ancienneté de sa première inoculation.

Un autre facteur et non des moindres intervient dans la gravité des révélations brutales de la maladie. Il se

rapporte à l'influence non douteuse du traitement et son importance varie suivant qu'il a été plus ou moins sévère et prolongé, l'éloignement de l'époque à laquelle il a été suivi.

Parmi les prédispositions, l'intellectualité vient fort à propos pour expliquer la plus grande fréquence des accidents nerveux dans les pays civilisés et, particulièrement, la catégorie des surmenés cérébraux lui paye le tribut le plus lourd.

La guerre a contribué aussi largement à étendre le champ des prédispositions, par ses fatigues, les intempéries subies, la défectuosité constante de l'hygiène générale et alimentaire, les excès de tous genres, les émotions, etc.

Le traumatisme, sous ses formes diverses, plaies, contusions, ébranlements, suffisait alors à faire surgir une localisation spécifique incontestable. Et il paraîtrait que la manifestation soit en rapport avec la période de l'infection. S'agit-il d'un syphilitique en cours de période secondaire? La lésion apparaîtra à l'occasion d'une plaie quelconque, par exemple, sous forme d'une ulcération irrégulière, polycyclique, rougeâtre, suintant ou suppurant peu, (sauf infection banale surajoutée) insensible aux moyens thérapeutiques usuels employés avec rigueur et persévérance. Combien de plaies de ce genre ont observé les médecins aux armées, qui n'étaient le plus souvent assurés de la nature de la lésion chez des soldats qui niaient, et souvent en toute bonne foi, une contamination antérieure, que par le traitement d'épreuve qui, en même temps qu'il amenait la cicatrisation en peu de jours, assurait le diagnostic.

Systématiquement il fallait penser à cette origine syphilitique qui, si elle ne les expliquait pas tous, du moins se

rapportait à la majorité des cas de plaies rebelles dont la nature était insoupçonnée.

Et si les accidents de syphilis nerveuse observés ont été tellement rares, ne faut-il pas s'en prendre à ce que le nombre des sujets prédisposés à la contracter était bien moindre par rapport au nombre relativement considérable des combattants en puissance de syphilis secondaire? Nous savons, en effet, que ce n'est guère qu'après 10, 15 ans de contamination, c'est-à-dire aux environs de 35 à 40 ans que la syphilis affecte avec prédilection les centres nerveux. Or la proportion des blessés de cet âge était infime.

Les considérations pathogéniques découlent des conditions de moindre résistance ainsi réalisées sur les territoires intéressés en déterminant en quelque sorte un phénomène d'attraction sur l'agent microbien.

Les altérations des os du crâne sont rarement l'origine de lésions encéphaliques. Par contre, la syphilis atteint avec prédilection les artères du cerveau et surtout celles de la base. L'artérite syphilitique évolue le plus souvent vers l'oblitération et a pour conséquence le ramollissement en foyer de la substance cérébrale.

Il est plus rare que l'artérite aboutisse à la rupture, et il est établi aujourd'hui qu'elle peut aussi donner lieu à un anévrysme. Les gommes miliaires disséminées en grand nombre sur le trajet des artères cérébrales sont des lésions plus rares encore.

Parmi les lésions des méninges, les unes n'ont aucun caractère spécifique, ce sont des méningites scléreuses d'apparence banale et circonscrites à certaines régions, se compliquant parfois de pachyméningite externe ou interne, cause fréquente d'hémorragies.

Les autres sont des lésions spécifiques des méninges

cérébrales, gommes ou infiltrations gommeuses plus ou moins diffuses.

L'encéphale peut être aussi le siège de gommes ou d'encéphalite gommeuse, diffuse ou circonscrite.

Les nerfs craniens enfin sont souvent intéressés par les méningites de la base. Ils peuvent être comprimés, envahis par les tumeurs gommeuses du voisinage et être condamnés ainsi à la dégénérescence.

Mais comment le traumatisme agit-il pour réaliser de semblables lésions sur les centres nerveux?

Plusieurs hypothèses peuvent être émises.

Révèle-t-il la lésion méningée, médullaire, cérébrale ou nerveuse en cours, alors qu'elle était à son début, non encore soupçonnée ou qu'elle évoluait insidieusement avec l'allure d'une forme fruste méconnue.

Ou bien appelle-t-il au point lésé le spirochète? Dans ce cas, il n'y aurait eu antérieurement aucune lésion du système nerveux. C'est expressement à l'occasion du traumatisme que l'agent spécifique est venu se localiser sur l'axe cérébro-spinal, jusque là indemne de toute lésion.

Mais il faut considérer aussi que le traumatisme parfois n'appelle pas le spirochète au point directement contusionné. Il se répercute bien au delà de la région intéressée, à la façon d'une onde qui se propage sous la forme de l'ébranlement nerveux.

Le traumatisme a donc une action complexe qui ne consiste pas seulement en des phénomènes d'attrition des tissus. Il s'accompagne de toute une série de troubles divers et confus qui peuvent compromettre l'intégrité et l'harmonie de l'organisme et qui se superposent à ceux de la lésion originelle localisée.

Et chacune des hypothèses envisagées se trouve d'ailleurs vérifiée dans des cas particuliers.

ETUDE CLINIQUE

Chez la plupart des sujets dont les observations suivent on a pu recueillir l'aveu ou acquérir la certitude d'une syphilis acquise dont la date de contamination remontait à 6, 8 et 9 ans auparavant. Parfois cependant, la maladie était restée méconnue et ne fut révélée que grâce à la réaction de Wassermann recherchée avec le liquide céphalo-rachidien.

Il est un cas curieux (obs. III), où cette réaction, une première fois négative, devint positive vingt jours après le premier examen, et sans que le sujet ait subi entre temps de traitement antisyphilitique. D'où la nécessité de ne pas conclure après un seul examen.

Le traumatisme occasionnel, d'intensité variable suivant les cas, depuis la commotion légère, jusqu'à la fracture du crâne avec enfoncement, a révélé ou provoqué la localisation nerveuse de la syphilis après une période d'incubation plus ou moins longue.

Dans une des observations rapportées (obs. I), c'est dès après le traumatisme qu'ont débuté des phénomènes méningés avec aggravation progressive. De même, dans une autre observation, empruntée à MM. Villaret et Boudet (obs. X), un véritable tabes aigu a éclaté, succédant à la syncope traumatique.

Le plus souvent cependant, après la disparition des troubles cérébraux, communément observés, attribuables au traumatisme lui-même (céphalée, vertiges, troubles de l'intelligence et de la mémoire, etc), tout paraît rentrer dans l'ordre et ce n'est que plusieurs mois après, voire même plusieurs années, un an et demi, quatre ans, qu'éclatent les manifestations nerveuses d'origine syphilitique. Et celles-ci se traduisent le plus souvent par la paralysie générale progressive ou le tabes.

I. — La méningite syphilitique s'observe parfois. En voici des exemples très nets dans les observations suivantes, empruntées à MM. Euzière et Margarot.

Observation Première

D..., entre au C. N. A., le 10 juillet 1916. On ne trouve dans ses antécédents rien de particulier, si ce n'est de fréquents maux de tête qu'il aurait depuis son enfance. Il a contracté la syphilis il y a 6 ans. On relève dans son histoire militaire une intoxication par les gaz sans gravité et une plaie du cuir chevelu par éclat d'obus, survenue un an avant son entrée dans le service. Il est tombé, il est resté quelques instants étourdis, mais on ne trouve aucun indice permettant de penser qu'il y a eu fracture du crâne. Les jours qui ont suivi, il a présenté de la céphalée d'une manière contine. Celle-ci s'est aggravée progressivement. Elle est actuellement intolérable. Son intensité seule, a motivé l'évacuation du sujet. Le billet d'hôpital porte, comme indication : « céphalée persistante consécutive à un traumatisme crânien ».

A son arrivée, D... accuse, en outre, de la constipation et

quelques nausées. L'examen ne décèle qu'un minimum de symptômes. La température, le pouls sont normaux. Il n'y a ni raideur de la nuque, ni Kœrnig. Il existe une légère hypotonie musculaire. Les réflexes tendineux sont normaux, mais le rotulien droit est un peu plus faible que le gauche. Le phénomène des orteils se produit en flexion légère des deux côtés. On note de la paresse pupillaire.

Liquide céphalo-rachidien. — Lymphocytose (plus de 100 éléments par millimètres cubes à la cellule Nageotte; albumine très augmentée (non dosée); Wassermann positif.

L'intensité de cette réaction, l'absence de phénomènes généraux et de signes objectifs d'irritation méningée s'ajoutant à la céphalée, et à quelques indices discrets de lésions organiques (hypotonie, affaiblissement du réflexe rotulien droit, paresse pupillaire), sont absolument caractéristiques d'une méningite syphilitique.

Le développement de celle-ci a été insidieux. Elle a succédé sans transition à des troubles ayant pour origine une blessure du crâne et son début apparent coïncide avec celui du syndrome nerveux traumatique.

Observation II

S..., 38 ans, entre au C. N. P. le 3 mai 1917. Sujet épileptique depuis son enfance. Hérédité assez chargée (père mort à Ville-Evrard), chancre syphilitique il y a 5 ans. Il a été blessé au crâne en septembre 1915 à Tahure (léger enfoncement du pariétal gauche).

Consécutivement, le sujet présente des maux de tête d'intensité croissante. Les crises nerveuses qui se produi-

saient auparavant tous les mois ou tous les deux mois, augmentent de fréquence. A l'époque de l'entrée du malade dans le service, elles surviennent environ toutes les semaines. Il s'agit de crises épileptiformes généralisées, n'ayant pas le caractère Jacksonnien.

L'examen objectif ne décèle aucun signe de lésion organique du système nerveux, à l'exception d'une légère inégalité pupillaire. Il s'agit d'ailleurs d'un phénomène d'interprétation délicate, car on trouve, à l'auscultation, quelques râles de bronchite chronique généralisée et une légère obscurité du sommet droit.

Liquide céphalo-rachidien. — Pression au manomètre de Claude; 20 centimètres cubes d'eau; éléments, 100; lymphocytes, 90; quelques grands mononucléaires et quelques polynucléaires; albumine, 0 gr. 55; Wassermann positif.

Ici encore le diagnostic de méningite syphilitique ne saurait être douteux. Elle paraît tenir sous sa dépendance l'intensité actuelle de la céphalée et la fréquence plus grande que jamais des crises.

Observation III

Une troisième observation se rapporte à un sujet entré au C. N. A. le 7 septembre 1916.

Il nie toute syphilis. Il a été blessé dans le dos en 1915 par un éclat d'obus qui n'aurait déterminé aucune lésion osseuse. Il se plaint de souffrir fréquemment de la tête depuis cette époque.

Deux ou trois mois après la cicatrisation de la blessure, la région dorso-lombaire est devenue progressivement douloureuse mais le malade n'en souffre véritablement que

depuis quatre mois. Il se plaint en outre de faiblesse dans les jambes et de crampes dans les mollets. On trouve, au niveau de la sixième vertèbre dorsale, de part et d'autre de la ligne médiane, deux cicatrices correspondant au trajet en séton d'un éclat d'obus.

La pression des apophyses épineuses est douloureuse de la cinquième vertèbre dorsale à la première lombaire. La douleur a son maximum au niveau des cinquième et sixième dorsales.

On ne constate aucune modification nette du tonus ni de la force musculaire au niveau des membres inférieurs. Il n'y a pas trace de Kœrnig.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont un peu vifs.

Le réflexe cutané plantaire se fait en flexion. Le réflexe crémastérien est normal.

Les pupilles sont sensiblement égales mais la gauche est un peu irrégulière. Le réflexe pupillaire lumineux est faible de ce côté, il est à peu près nul à droite.

11 septembre 1916, *ponction lombaire.* — Pression au manomètre de Claude, 20 centimètres; lymphocytose, 20 éléments par millimètre cube; albumine, 0 gr. 22; Wassermann négatif dans le sang.

On laisse le sujet au repos.

1er *octobre, ponction lombaire.* — Pression du liquide, 20 centimètres; lymphocytose, 22 éléments par millimètre cube; albumine, 0 gr. 25; Wassermann positif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

On fait deux séries de 10 injections d'iodure de mercure séparées par une période de 10 jours, pendant laquelle le sujet prend de l'iodure de potassium.

11 *novembre, ponction lombaire.* — Pression du liquide, 18 centimètres; lymphocytose, 8 éléments 5 par millimètre cube; albumine, 0 gr. 27; Wassermann négatif.

Les divers troubles subjectifs accusés par le malade sont très atténués, alors qu'ils étaient restés stationnaires du 11 septembre au 9 octobre.

Cette observation est d'une interprétation plus délicate que les précédentes. L'absence de la notion d'une syphilis antérieure, le résultat négatif du Wassermann lors de la première recherche, le caractère un peu paradoxal de la réaction méningée, car, si la lymphocytose est nette, la dose d'albumine est à peu près normale. Cependant de semblables formules rachidiennes ont été signalées dans la syphilis nerveuse, et si le doute était permis avant le deuxième examen du liquide, il ne l'est plus après la reconnaissance de la réaction de Wassermann positive à la seconde épreuve.

D'ailleurs l'état du malade, qui était resté stationnaire avant tout traitement spécifique, s'améliore incontestablement dès que celui-ci a été institué. La lymphocytose, qui se traduisait par 20 et 22 éléments à la cellule Nageotte dans les deux premiers examens, n'est plus que de 8,5 éléments un mois et demi après le traitement.

Dans ces trois observations, la syphilis nerveuse est essentiellement caractérisée par un processus méningé, révélé par un minimum de signes cliniques. Il ne s'agit pas de la réaction méningée banale et fugace de la période secondaire. La syphilis a, chez ces sujets, 7 à 8 ans d'existence et, d'ailleurs, il existe des indices non douteux d'une atteinte plus profonde du névraxe. On se trouve en présence d'accidents tertiaires à forme méningée initiale.

Il est intéressant de noter que le début apparent de ces manifestations se confond avec celui des troubles d'origine traumatique. Une blessure du crâne ou du rachis donne lieu à un syndrome banal de commotion ou de contusion.

Un des premiers phénomènes accusé par les malades, consiste en une céphalée progressive. L'un d'eux, épileptique, voit ses crises augmenter de fréquence. Chez un autre, un endolorissement persistant du rachis s'exagère au bout de quelques mois. Les manifestations fonctionnelles incertaines du début se précisent.

Tous ces sujets sont envoyés comme atteints de syndrome d'origine traumatique. L'examen ne montre, chez eux, que des signes de syphilis nerveuse.

II. — La paralysie générale s'est montrée comme une des complications syphilitiques le plus fréquemment révélée par le traumatisme. En voici quelques observations (Euzière et Margarot).

Observation IV

X..., blessé en 1915 par un éclat d'obus au niveau de la racine du nez avec frature des os propres, entre au C. N. A. le 18 mai 1916. Il présente des signes manifestes de paralysie générale : parole lente avec achoppement et nasonnement. Tremblement de la langue et des extrémités. Affaiblissement très marqué des réflexes tendineux. Abolition à peu près complète du réflexe pupillaire à la lumière. Troubles démentiels.

Liquide céphalo-rachidien. — Forte hypertension ; lymphocytose abondante ; hyperalbuminose.

Observation V

Ancien trépané présentant une large perte de substance. Symptômes divers de paralysie générale.

Liquide céphalo-rachidien. — Lymphocytose, 32 éléments par millimètre cube; albumine, 0 gr. 50; Wassermann fortement positif.

Observation VI

Militaire âgé de 32 ans. Syphilis contractée il y a 9 ans. Blessure superficielle du crâne, suivie de perte de connaissance en août 1918. Syphilis cérébrale, forme de paralysie générale en décembre 1918. Délire avec vive agitation euphorique. Troubles démentiels. Internement. Sortie à la suite d'une rémission. En septembre 1919 ne présente plus que de l'affaiblissement intellectuel sans délire.

Liquide céphalo-rachidien. — Lymphocytose, 32 éléments par millimètre cube; albumine, 0 gr. 52.

Injections de cyanure de Hg. intraveineuses KI.

Décembre 1919, *liquide céphalo rachidien.* — Lymphocytose, 8 éléments 7; albumine, 1 gramme.

Amélioration très nette des symptômes cliniques. La mémoire est presque normale.

Observation VII

Un soldat, syphilitique depuis 10 ans, est évacué pour commotion cérébrale. Un premier examen ne montre chez lui qu'un peu de dépression. Aucun signe de lésion organique du système nerveux. Les réflexes sont toutefois un peu vifs, mais les pupilles sont normales. Au bout d'une semaine, le malade paraît un peu bavard mais ses propos ne cessent pas d'être corrects. Au bout d'un mois de traitement il se déclare guéri mais son euphorie ne laisse pas

que de causer quelque étonnement. On fait établir son titre de permission. Sa joie éclate en propos expansifs. Pendant la nuit qui précède son départ, il délire bruyamment. D'emblée il manifeste des idées de grandeur absurdes, nettement caractéristiques de la paralysie générale. Un nouvel examen ne montre rien au point de vue objectif sauf, peut-être, une légère paresse pupillaire de l'œil gauche. On lui fait une ponction lombaire et l'existence d'une réaction de Wassermann particulièrement intense, confirme le diagnostic.

Il eût été piquant que ce malade ait été envoyé en convalescence un jour plus tôt.

Observation VIII

MM. Juquelier et R. Courjan, à la Société clinique de médecine mentale, apportent l'observation d'un malade de 38 ans, plombier, chez qui le syndrome paralytique devint évident huit jours après un accident, d'ailleurs peu grave. Le malade, travaillant sur un toit, glisse, tombe sur le dot sans quitter le toit, ne perd pas connaissance, se relève et regagne son domicile en tramway. Une semaine plus tard, il présente des troubles de la mémoire, des accrocs de la parole, de l'excitation, et est désormais inapte au travail.

Chez tous ces malades il est logique de supposer que le traumatisme a favorisé le développement des lésions syphilitiques, et il est bien délicat d'aller plus loin dans l'interprétation des faits, d'autant plus que certains de ces cas sont assez peu démonstratifs pour qu'il soit possible

de reprendre, à leur sujet, la vieille discussion des rapports du traumatisme et de la paralysie générale.

III. — Le tabes est l'affection qui a le plus souvent évolué après le traumatisme. MM. Villaret et Boudet signalent quinze observations précises dans lesquelles les malades n'avaient présenté aucun petit symptôme tabétique avant leur évacuation. Certains des malades observés sont de simples surmenés par les rigueurs de la campagne, d'autres ont été commotionnés ou contusionnés.

Voici quelques observations qui se rapportent à cette catégorie.

Observation IX

(MM. Euzière et Margarot)

Il s'agit d'un homme soigné dans un C. N. A. au mois de février 1918. Syphilis contractée il y a 8 ans. Un an et demi avant l'entrée du malade, est survenu un traumatisme du crâne suivi de perte de connaissance, chute sur la tête.

Etat parétique net des membres inférieurs avec hypotonie et abolition des réflexes tendineux. Signe de Romberg faible. Absence de douleurs fulgurantes et de troubles précis de la sensibilité objective. Pupilles paresseuses inégales. D > G. Léger nystagmus.

Liquide céphalo-rachidien. — Lymphocytose. 35 éléments par millimètre cube; albumine, 0 gr. 50; Wasserman positif.

Il importe peu de savoir si l'on se trouve en présence d'un tabès, ou si, étant donné le caractère un peu particulier de l'observation, on a affaire à une méningo-radiculite spécifique. Le fait important à retenir est l'existence

d'une syphilis nerveuse chez un homme qui a fait, il y a un an et demi, une chute grave sur la tête.

Voici une autre observation recueillie dans le service de M. Euzière à l'Hôpital général.

Observation X

V..., entré le 8 janvier 1920. Se plaint de faiblesse générale et d'œdèmes généralisés, apparus il y a 8 jours, qui ont actuellement diminués, pour se localiser aux membres inférieurs.

Etait en excellente santé au mois d'août 1914, date à laquelle il a été mobilisé. Commotionné en septembre 1914, reparti pour le front 20 jours après. Réévacué en novembre 1914 pour mauvais état général. Revenu au front le 8 mai 1915. Evacué de nouveau en juillet 1915 pour maladie de la peau. A cette époque le malade marchait déjà avec quelque difficulté et se plaignait de tituber; quelques mois après, en septembre 1915, il a présenté des signes de tabes: douleurs fulgurantes, troubles de la démarche. Réformé en novembre 1915. A essayé, quelque temps après, de reprendre le travail, mais a dû y renoncer. En 1917 rentre dans le service du docteur Gastou, à l'hôpital Suburbain, où on lui fait deux séries d'injections de néosalvarsan. La maladie s'est aggravée à la suite de ces injections.

Actuellement toute marche est impossible. Depuis un an présente de l'incontinence des urines et des matières fécales.

Il tousse et crache.

L'appétit est conservé. Alternatives de diarrhée et de constipation.

Antécédents. — Syphilis contractée en 1908, a reçu quelques injections de mercure. Marié en 1910. Sa femme aurait eu une fausse couche en 1912.

Mère hémiplégique.

Examen du système nerveux. — Pupilles très inégales. Signe d'Argyll-Robertson. Abolition des réflexes rotuliens, achilléen et du membre supérieur. Abolition de la sensibilité à la douleur et à la température. Conservation de la sensibilité au contact. Arthropathie des deux genoux.

Escarre sacrée.

Appareil respiratoire. — Signes de ramollissement du sommet droit.

Appareil circulatoire. — Léger souffle d'insuffisance mitrale.

Etat général. — Amaigrissement. Cachexie. Œdèmes aux membres inférieurs et aux mains.

L'analyse des urines indique: quantité 1200; réaction acide; densité 1010; urée 11 gr. 8; chlorures 2 gr. 7 par litre; traces d'albumine; pas de glucose.

Observation XI

(MM. Villaret et Boudet)

D..., 42 ans. Syphilis ignorée. A fait 13 mois de front. En septembre 1915 il est renversé par l'éclatement d'une bombe, sans blessure. Syncope de durée indéterminée; au réveil, trémulation, incontinence d'urine et parésie des deux membres inférieurs. La trémulation a disparu, mais l'incontinence et la parésie persistent. L'incoordination est

très marquée. L'examen du liquide céphalo-rachidien donne une lymphocytose abondante.

Observation XII

(MM. Villaret et Boudet)

Q..., syphilis à 28 ans, mal soignée au début. Après deux ans de front a fait une chute de cheval après laquelle l'œil gauche est resté fermé quelques jours. A partir de ce moment on constate de la diplopie. Evacué en novembre 1916 pour tabes confirmé.

En somme dans toutes les observations rapportées, l'origine syphilitique des manifestations ne fait aucun doute. La nation du traumatisme antérieur est nette, et le moins que nous puissions en déduire c'est que le traumatisme par l'ébranlement nerveux, joint aux altérations vasculaires possibles, a créé en quelque endroit de l'axe cérébro-spinal, un point faible sur lequel le spirochète s'est fixé ou a aggravé les lésions jusque-là insidieuses et frustes.

PRONOSTIC

Ce qu'il importe de considérer, ce n'est pas tant l'évolution de la syphilis nerveuse post-traumatique, celle-ci évoluant comme toutes les autres manifestations similaires, indépendantes du traumatisme. Mais dans tous les cas mentionnés il s'est agi de blessés de guerre, au sujet desquels on s'est demandé quelle était l'importance du facteur traumatisme dans l'éclosion des accidents consécutifs.

Y avait-il lieu de classer ces tabétiques et ces paralytiques généraux parmi les accidentés en service commandé? et ces malades avaient-ils le droit à une pension?

La question a été envisagée par MM. Villaret et Boudet dans un article paru en juin 1917 dans le *Montpellier Médical*. Et voici leur opinion:

« Certes la syphilis reste dans notre pensée, la cause primordiale de l'affection. Nous l'avons retrouvée dans 32 cas sur 50, soit 64 p. 100, et il convient de remarquer que la réaction de Bordet-Wassermann s'est montrée positive chez la plupart des autres. Mais il faut ici admettre que la syphilis seule ne suffit pas à constituer le tabes et, peut-être, plusieurs des malades dont nous venons de parler auraient pu, dans des circonstances normales, échapper à cette cruelle affection; beaucoup, en tout cas, auraient évolué d'une façon plus lente et plus tardive. »

S'il est prouvé que l'affection est bien le fait du service,

il semble donc que la solution légitime devrait être la réforme temporaire ou définitive, avec gratification renouvelable, puisqu'il peut y avoir amélioration. Il semble enfin que cette gratification devrait tenir compte, dans l'appréciation du degré d'impotence, de l'élément syphilitique non attribuable au service, et de l'élément d'aggravation fourni par la campagne, seul justiciable légitimement d'une indemnité. »

Pour le côté « civil » de la question, MM. Juquelier et Courjon, à la suite de l'observation VIII, rapportée plus haut, se plaçant au point de vue médico-légal, ajoutent le commentaire suivant:

« La question est posée d'une relation de cause à effet entre l'accident et la démence; mais une enquête approfondie démontre que des phénomènes discrets de paralysie générale ont précédé la chute. Il arrive fréquemment, au début de la méningo-encéphalite diffuse, que les accidents professionnels imputables à l'affaiblissement intellectuel commençant (ictus ou inattention), sont considérés comme la cause de la maladie et non comme sa conséquence. Il importe de distinguer ces cas de ceux où le traumatisme a probablement joué un rôle étiologique notable. »

CONCLUSIONS

En dépit des incertitudes qui entourent la délicate question de la contribution des traumatismes cranio-rachidiens à l'apparition ou à l'aggravation des manifestations de syphilis nerveuse, les quelques observations précitées, enregistrées dans divers centres neurologiques, paraissent de nature à poser les conclusions suivantes :

I. — Ils démontrent le rôle incontestable du traumatisme dans le développement de certaines altérations syphilitiques de l'axe cérébro-spinal.

II. — Si important que puisse être ce facteur étiologique dans quelques cas, son intervention dans la genèse de ces dernières lésions est relativement peu fréquent.

BIBLIOGRAPHIE

Babonneix et David. — Traumatismes cérébraux et syphilis. *Revue neurologique,* juin 1917.

Hutinel et Nadal. — Le réveil de la syphilis héréditaire sous l'influence des infections aiguës, banales ou spécifiques. *Paris Médical,* 1919.

Villaret (Maurice) et Boudet. — Contribution à l'étude du tabès dans ses rapports avec la campagne actuelle. *Montpellier Médical,* juin 1917.

Gougerot et Clara. — Syphilis post-traumatiques. *Journal Médical Français,* décembre 1918.

Jucquelier et Courjon. — P. G. P. et accidents du travail. *Société clinique de médecine médicale,* 19 janv. 1920.

Euzière et Margarot. — Traumatisme et syphilis nerveuse. *Montpellier Médical,* 1920.

Gonnet et Rendu. — Polyomyélite antérieure par traumatisme de la colonne vertébrale chez un hérédo-syphilitique.

Paris. — Traumatisme et paralysie générale.

Gatti. — Traumatisme et paralysie générale. *Revue neurologique,* 1914.

Petrow. — Traumatisme et paralysie générale. *Revue neurologique,* 1914-1915.

DENON. — Traumatisme et paralysie générale. *Revue neurologique,* 1914-1915.

MAYAUD. — Traumatisme et tabes, étude pathogénique et médico-légale, 1913, *Revue neurologique.*

BARRÉ. — Traumatismes crâniens et paralysie générale, 1912, *Revue neurologique.*

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 14 février 1920
P. Le Recteur.
Le Vice-Président de l'Université
S. DAUTHEVILLE.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 13 février 1920.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !